

# **CONFIANTES PARA COMUNICAR MELHOR?**

*O IMPACTO DE UM CURSO DE COMUNICAÇÃO EM CONSULTA  
SOBRE A AUTOCONFIANÇA EM COMPETÊNCIAS DE COMUNICAÇÃO  
PARA INTERNOS DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR*

RITA VENÂNCIO MORAIS MACIEL BARBOSA

*DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADA  
À FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO EM JULHO DE 2017  
CIÊNCIAS DA SAÚDE*

RITA VENÂNCIO MORAIS MACIEL BARBOSA

**CONFIANTES PARA COMUNICAR MELHOR?**

**O IMPACTO DE UM CURSO DE COMUNICAÇÃO EM CONSULTA SOBRE A  
AUTOCONFIANÇA EM COMPETÊNCIAS DE COMUNICAÇÃO PARA  
INTERNOS DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR**

Dissertação de Mestrado em Comunicação Clínica

Apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Orientador: Professor Doutor Manuel João Costa

**Julho de 2017**

**Confiantes para comunicar melhor? O impacto de um curso de comunicação em consulta sobre a autoconfiança em competências de comunicação para internos de Medicina Geral e Familiar.**

Rita Maciel Barbosa<sup>1</sup>, Vanessa Pais<sup>2</sup>, Manuel João Costa<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Estudante de Mestrado em Comunicação Clínica, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

<sup>2</sup>Universty of Porto, Faculty of Medicine

<sup>3</sup>Life and Health Sciences Research Institute (ICVS), School of Medicine, ICVS/3B's - PT Government Associate Laboratory, University of Minho, Portugal.

**Contacto para correspondência**

[ritamacielbarbosa@gmail.com](mailto:ritamacielbarbosa@gmail.com)

## **Agradecimentos**

Ao meu orientador pelo acompanhamento, orientação, inspiração, conhecimentos transmitidos indispensáveis a todo o processo; pela presença constante e pela amizade mantida ao longo destes anos.

À minha co-orientadora pelo cuidado, disponibilidade e ajuda sempre que necessário.

À Joana, amiga e parceira, com quem foi possível construir este caminho; acreditamos que a investigação e formação em Comunicação Clínica são essenciais a uma prática médica com qualidade, centrada na pessoa.

A todos os colegas que aceitaram participar neste trabalho de investigação, contribuindo para o desenvolvimento científico nesta área tão nobre.

Às amigades-família que trazem sentido e significado a cada um dos meus dias, por todo o apoio e presença, inspirando-me a dar o melhor de mim.

À minha família, pelo apoio incondicional; pelo que sou.

# Índice

Agradecimentos .....	iii
Índice de quadros.....	vi
Índice de tabelas .....	vii
Lista de siglas e abreviaturas .....	viii
Resumo .....	1
Abstract.....	2
1. Introdução.....	3
1.1. A relevância da comunicação centrada na pessoa: .....	3
1.2. Autoconfiança relativa à comunicação: definição e importância.....	4
2. Objetivos .....	7
3. Métodos.....	8
3.1. Contexto .....	8
3.2. Participantes.....	9
3.3. Procedimento de recolha de informação .....	9
3.4. Instrumentos .....	10
3.5. Estrutura e qualidade psicométrica dos instrumentos.....	11
3.6. Análise estatística.....	11
4. Resultados.....	12
4.1. Participantes.....	12
4.2. Estrutura e qualidade psicométrica dos instrumentos.....	13
4.3. Autoconfiança e empatia .....	15
5. Discussão.....	20
6. Conclusão .....	26
7. Anexos.....	27

Anexo I: Questionário sociodemográfico e de percurso académico e formativo prévio .....	27
Anexo II: Escala de empatia para médicos.....	29
Anexo III: Escala de avaliação de autoconfiança quanto às competências de comunicação clínica .....	30
8. Referencias.....	31

## Índice de quadros

Quadro 1 – Conteúdo programático do curso <i>Comunicação na Consulta em Cuidados de Saúde Primários</i> .....	8
---	---

## Índice de tabelas

TABELA 1 – Estatística descritiva das variáveis relativas ao percurso académico e formativo prévio dos participantes. ....	12
TABELA 2 – Análise fatorial exploratória: pesos fatoriais de cada item, valor próprio dos 3 fatores retidos, <i>eigenvalues</i> e % variância explicada, após uma AFE com extração de fatores pelo método das componentes principais, seguida de uma rotação <i>Varimax</i> , com normalização <i>Kaiser</i> . Análise da fiabilidade do <i>Questionário de Avaliação do Grau de Autoconfiança</i> aplicado no momento inicial – T0; valor total e por dimensão fatorial. ....	14
TABELA 3 – Estatísticas descritivas do <i>Questionário de Avaliação do Grau de Autoconfiança</i> : pontuação total e por fator, em T0 e T1. $\bar{X}$ – média do diferencial T1-T0; N – número de respondedores; M – média; DP – desvio padrão. ....	17
TABELA 4 – Estatísticas descritivas da JSPE-vP: pontuação total e por dimensão. N – número de respondedores; M – média; DP – desvio padrão. ....	18
TABELA 5 – Correlação de Pearson entre as variáveis JSPE-vP (pontuação total e por dimensão) e <i>Grau de Autoconfiança</i> (pontuação total e por fator) em T0. ....	19



## **Lista de siglas e abreviaturas**

AC – Autoconfiança

AFE – Análise Fatorial Exploratória

CC – Competências de comunicação

CSP – Cuidados de Saúde Primários

JSPE – *Jefferson Scale of Physician Empathy*

JSPE-vP – “*Jefferson Scale of Physician Empathy*” versão portuguesa

MF – Médico de Família

MGF – Medicina Geral e Familiar

SC – *Self-confidence*

USF – Unidade de Saúde Familiar

WONCA – World Organization of Family Doctors

## Resumo

**Objetivos:** As competências de comunicação (CC) são essenciais na relação do médico de família com os seus utentes. O seu desenvolvimento tem sido promovido pela oferta de cursos específicos de formação de curta duração, cujos resultados se encontram pouco explorados. Este estudo testou a hipótese de um curso de comunicação em consulta influenciar positivamente o *grau de autoconfiança* (AC) dos médicos internos de Medicina Geral e Familiar (MGF) nas CC e explorou associações entre a autoconfiança e a atitude dos internos face à *empatia* no início do curso.

**Métodos:** Participaram quatro coortes de internos do primeiro ano que frequentaram um curso de comunicação. Foram administradas a *escala de avaliação de autoconfiança em competências de comunicação*, no início e no final do curso, e a escala “*Jefferson Scale of Physician Empathy*” (JSPE) no início do mesmo. Após análise fatorial e de consistência interna dos instrumentos, inferiu-se o efeito sobre a autoconfiança através da diferença entre as pontuações nos dois momentos de aplicação. As associações entre atitude face à empatia e a autoconfiança no início do curso foram testadas pela correlação entre as medidas.

**Resultados:** A análise efetuada revelou uma solução trifatorial para o questionário de AC, obtendo-se um *alpha de Cronbach* de 0.92. Entre os 635 médicos que participaram (taxa de resposta de 82.2%) a média do grau de autoconfiança em CC aumentou em 2.6 pontos (13.9 vs 16.5,  $p < .001$ ) após o curso. A pontuação média da JSPE foi de 117.63 pontos ( $DP = 9.26$ ), tendo-se salientado a correlação positiva entre o *fator 2* da escala de AC e a dimensão “*Tomada de perspetiva*” ( $R^2 = .09$ ,  $p < .001$ ).

**Conclusões:** O curso resultou na evolução positiva dos participantes nas três dimensões subjacentes à autoconfiança, sendo expectável um efeito positivo sobre o desenvolvimento de CC dos internos da especialidade. Apesar de uma associação positiva entre a *autoconfiança* e a *empatia*, existirão outros fatores explicativos da sua evolução.

**Implicações práticas:** Um curso de curta duração pode resultar num efeito positivo sobre as CC de internos de MGF. O resultado é interessante tendo em consideração a relação positiva entre a motivação para uma ação e a efetivação da mesma, documentada na literatura.

**Palavras-Chave:** *medicina geral e familiar; comunicação clínica; autoconfiança; empatia.*

## Abstract

**Objectives:** Communication skills (CS) are essential in the family doctor's relationship with his/her patients. Its development has been promoted by the offer of specific short-term training courses with results that require further exploration. This study tested the hypothesis that a communication course in primary care setting may positively influence the degree of self-confidence of internal general practitioners' in their CS and explored associations between self-confidence and the attitude towards empathy at the beginning of the course.

**Methods:** Participants were four cohorts of first year residents who attended a course. The instruments were the *"self-confidence assessment scale for communication skills"* – administered at the beginning and end of the course – and the *Jefferson Scale of Physician Empathy* – administered at the beginning of the course. After factor analysis and internal consistency of the instruments, the effect on self-confidence was inferred through the difference between the scores at the two application moments. The associations between attitude towards empathy and self-confidence at the beginning of the course were tested by the correlation between the measures.

**Results:** The analysis of the self-confidence scale revealed a tri-factorial solution with a Cronbach's alpha of 0.92. Among de 635 doctors who participated (82.2% response rate), the average SC score increased 2.6 points (13.86 vs 16.49,  $p < .001$ ) at the end of the course. Mean JSPE score was 117.63 (SD = 9.26) in the beginning. It should be pointed the higher positive correlation between *factor 2* of the SC scale and the JSPE dimension *perspective taking* ( $R^2 = .09$ ,  $p < .001$ ).

**Conclusions:** The course resulted in positive evolutions of the participants in the three dimensions underlying the self-confidence which may lead to a positive effect on the development of CS. Despite a positive association between self-confidence and empathy, there will be other factors that explain its evolution.

**Practical implications:** A short course may result in a positive effect on the development of CS of family medicine interns. The result is interesting considering the positive relation between motivation for an action and its effectiveness documented in the literature.

**Key words:** family medicine; communication skills, self-confidence, empathy.

# 1. Introdução

## 1.1. A relevância da comunicação centrada na pessoa:

A capacidade de prestar cuidados centrados na pessoa é uma competência nuclear do Médico de Família (MF). A *comunicação clínica* é uma base essencial para este processo ao permitir a construção duma relação médico-utente empática, terapêutica em si mesma (Wonca Europe 2011).

Uma comunicação centrada na pessoa promove um envolvimento ativo do utente na gestão e na decisão sobre a sua própria saúde, constituindo uma estratégia para a equidade no acesso a este tipo de cuidados, os quais surgem mais ajustados às necessidades específicas de cada um<sup>1-3</sup>. Esta está associada a maior qualidade na prestação de cuidados de saúde<sup>4</sup>. Destacam-se como resultados positivos para o utente uma maior satisfação<sup>5-7</sup>, uma melhor adesão ao tratamento<sup>5,6</sup>, uma melhoria do seu estado de saúde (menor desconforto, menor preocupação e melhor saúde mental) e maior adoção de estilos de vida saudáveis. Adicionalmente, estão descritos uma maior eficácia e eficiência dos cuidados de saúde prestados (menor consumo de recursos em saúde: consultas, testes diagnósticos, referenciações, etc.)<sup>5,6,8</sup>, bem como um menor número de reclamações<sup>9-11</sup> e uma maior satisfação do próprio profissional de saúde<sup>5</sup>.

Na atualidade, a formação e o desenvolvimento contínuo de *competências de comunicação* nos profissionais de saúde é aceite como essencial no processo de aprendizagem clínica<sup>12-14</sup>.

Em Portugal, esta temática tem sido, inclusivamente, realçada no âmbito da política de saúde em vigor, em que a promoção “da atitude e cultura do *saber comunicar*” surge como eixo estratégico do plano proposto pela Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) em 2016 (Plano Estratégico e Operacional, Reforma do Serviço Nacional de Saúde, Coordenação Nacional para os Cuidados de Saúde Primários). Da mesma forma, é considerada uma prioridade pela *Research Agenda for General Practice / Family Medicine and Primary Health Care in Europe*, a qual destaca ainda a importância da investigação sobre métodos eficazes de formação (numa abordagem centrada na pessoa) e a sustentabilidade dos efeitos da mesma a longo prazo<sup>15</sup>.

Ao nível pré-graduado, os planos de estudos da maioria das escolas médicas (nacional e

internacionalmente) incluem, hoje em dia, formação específica em comunicação clínica, geralmente integrada nos anos pré-clínicos<sup>16,17</sup>, dissociada da formação de técnicas específicas como a recolha da história clínica e exame físico<sup>18</sup>.

Ao nível pós-graduado, o *contexto clínico* proporciona um ambiente autêntico para a aquisição e desenvolvimento de CC. No entanto, a imprevisibilidade que caracteriza este contexto cria dificuldades a um planeamento da formação e da avaliação estruturadas destas competências<sup>16,17,19</sup>.

A participação em atividades formativas em comunicação está associada a efeitos positivos na melhoria e desenvolvimento de competências específicas de comunicação clínica dos profissionais de saúde<sup>13,20</sup>, nomeadamente quanto ao “clarificar/esclarecer preocupações e crenças do utente”, “informar sobre opções de tratamento” e ao “demonstrar empatia”, durante a entrevista clínica<sup>7</sup>. O recente estudo observacional de Boissy (2016) descreveu melhorias significativas no nível de satisfação, autoeficácia e empatia relatadas pelos médicos após um curso em comunicação clínica<sup>12</sup>.

No que concerne aos modelos formativos aplicados em estudos nesta área, em populações de médicos, aqueles de cariz teórico-prático e centrados nas necessidades do formando revelaram-se os de maior efetividade, evidenciando-se técnicas específicas como o *role play* (com doentes simulados ou reais), o *feedback* estruturado e a discussão partilhada em pequenos grupos<sup>21</sup>.

## **1.2. Autoconfiança relativa à comunicação: definição e importância**

A aprendizagem de competências de comunicação clínica, a sua aplicação em *contexto real* e a confirmação de benefício para o utente, constituem três dimensões interrelacionadas do processo comunicacional<sup>22,23</sup>. Esta interação é influenciada por fatores externos, como o contexto físico e estrutural em que ela se desenrola, mas também internos como as vivências prévias ou as expectativas dos protagonistas, traduzindo a natureza criativa e holística do processo comunicativo, descrita por Salmon e Young<sup>24</sup>.

A **autoeficácia**/eficácia pessoal é a perceção que o indivíduo tem das suas próprias competências e o nível de confiança quanto à sua capacidade em utilizá-las. A autoeficácia é

descrita como variável preditora de motivação e desempenho atual de cada indivíduo em várias áreas, médicas e não médicas<sup>25</sup>. Em geral, níveis elevados de *autoconfiança* estão associados a maior probabilidade de desempenho nessa mesma ação<sup>26</sup>.

Na área da comunicação clínica a utilização de escalas de autorrelato em AC, enquanto instrumentos de monitorização do impacto de programas formativos, tem sido validada por vários estudos de *follow-up*<sup>12,22,23,27</sup>, bem como pela revisão sistemática de Lord et al<sup>28</sup>, constatando-se um aumento significativo e sustentado da autoconfiança percecionada pelos profissionais de saúde, após as respetivas intervenções.

Um profissional de saúde com boas competências de comunicação, confiança nas suas capacidades e na respetiva utilização terá maior facilidade no relacionamento com os pacientes, envolvendo-os ativamente na gestão da sua saúde, garantindo uma resposta mais satisfatória às suas necessidades. Isto, por sua vez, funcionará como reforço positivo para si mesmo, para o seu crescimento, desenvolvimento e motivação<sup>22,23</sup>. Por oposição, uma auto percepção mais negativa pode reduzir a efetividade de um programa formativo, constituindo um possível fator explicativo para a ausência de relação direta entre o treino de CC e resultados favoráveis para o utente<sup>8,23,27</sup>.

Desta forma, realça-se a importância de se ter em conta a dimensão *autoeficácia* dos formandos na estrutura de cursos de comunicação clínica, no sentido de os envolver ativamente na aquisição e desenvolvimento crítico das suas CC, promovendo a sua autoconfiança e criando também espaço para a introspeção e autoanálise – condições necessárias à autocorreção e desenvolvimento pessoal enquanto clínicos<sup>23</sup>.

O autoconhecimento e autoconfiança permitem ao clínico desenvolver estratégias perante pensamentos, sentimentos e emoções do próprio que surgem da interação com os doentes, utilizando-as, enquanto resposta emocional, para benefício da relação terapêutica<sup>16</sup>. Por outro lado, constituem elementos fundamentais no processo de exploração das ideias, expectativas, crenças e emoções do utente, aceitando de forma genuína e incondicional a estrutura única do outro e contribuindo para uma resposta empática às necessidades deste.

A **empatia** pode definir-se como “*capacidade para observar as emoções dos outros, para perceber essas emoções e para lhes dar resposta*” e é talvez a competência central (e

indispensável) na medicina, essencial na construção de uma relação clínica; a “sensação de se ser compreendido pelos outros é, em si, intrinsecamente terapêutica”<sup>14</sup>. É considerada uma competência multidimensional, constituída por uma vertente *cognitiva* que engloba a compreensão das experiências, preocupações e emoções do outro, e a capacidade de ver o mundo da perspectiva deste, definida por Hogan (1969) e Wispé (1986). E uma vertente *afetiva* que incorpora uma partilha de um estado interior e a capacidade de sentir as necessidades, desejos e emoções de outrem *como se fossem seus*, defendido por Clark (1980) e Shafer (1959). Posteriormente, Hojat (2007) refere-se, no contexto da relação médico-doente, à empatia enquanto atributo predominantemente cognitivo, sendo o comportamento médico de compreensão e comunicação dessa mesma compreensão<sup>29,30</sup>.

Assim, é expectável que um médico que valorize a empatia como ingrediente chave desta relação seja particularmente sensível para a *comunicação clínica*. Portanto *empatia* e AC parecem contribuir ambas para o desenvolvimento de CC, sendo, por isso, interessante clarificar eventuais associações entre essas variáveis.

## 2. Objetivos

O objetivo deste trabalho é avaliar o impacto de um curso de *comunicação em consulta*, destinado a internos de Medicina Geral e Familiar, sobre o grau de autoconfiança nas suas competências de comunicação. Adicionalmente, os autores propuseram-se também avaliar a associação entre a atitude dos internos face à empatia no contexto da relação médico-utente e a autoeficácia por eles percebida.



### 3. Métodos

Trata-se de um estudo de caso realizado no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, designadamente no contexto do internato de formação específica da especialidade.

#### 3.1. Contexto

O curso *Comunicação na Consulta em Cuidados de Saúde Primários* integra o plano curricular do primeiro ano de formação específica em Medicina Geral e Familiar da Região Norte de Portugal. É de natureza obrigatória e apresenta uma carga horária de 18 horas, distribuídas por 3 dias consecutivos. O seu conteúdo programático está estruturado com base num modelo de entrevista clínica centrada na pessoa e inclui como metodologia sessões de exposição teórica, discussão orientada e treino prático com simulação de casos – *role play* (Quadro 1). O curso é desenvolvido e lecionado por uma equipa de 3 formadoras, especialistas em MGF, com formação específica em comunicação clínica. Os conteúdos programáticos são em regra apresentados através de exposição teórica seguida de momentos de discussão partilhada e treino prático – *roleplay* com *feedback* estruturado.

QUADRO 1 – Conteúdo programático do curso *Comunicação na Consulta em Cuidados de Saúde Primários*. CSP – Cuidados de Saúde Primários.

Dia 1	Dia 2	Dia 3
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Comunicação em CSP</b><ul style="list-style-type: none"><li>- Conceito</li><li>- Tipos de comunicação</li><li>- Barreiras à comunicação</li></ul></li><li>• <b>Entrevista Clínica</b><ul style="list-style-type: none"><li>- Iniciar a consulta</li><li>- Recolha de informação centrada no doente</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Entrevista Clínica</b><ul style="list-style-type: none"><li>- Recolha de informação centrada no médico</li><li>- Informar e planear</li><li>- Encerrar a consulta</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Comunicar más notícias</b></li><li>• <b>Situações específicas*</b> Por exemplo: “doente difícil”, doente idoso, adolescente, lidar com emoções fortes</li></ul> <p>*Situações ajustadas às necessidades expressas pelos formandos</p>

O *Primeiro Estágio de Medicina Geral e Familiar*, previsto neste plano curricular, engloba os meses de janeiro a junho, após ingresso na especialidade. Durante este período uma das principais estratégias de aprendizagem é a realização de consulta “ombro-a-ombro”, na qual o interno acompanha a prática clínica do orientador de formação enquanto modelo. Nos meses subsequentes, iniciam-se os estágios complementares (realizados na sua maioria em unidades hospitalares), mantendo o interno um contacto semanal com o centro de saúde de origem. Durante esta segunda fase é estimulada a aquisição progressiva de autonomia quanto à gestão da consulta, passando o interno a realizá-la de forma independente em gabinete próprio, mantendo suporte e supervisão do orientador. Este primeiro ano prevê a realização de três cursos de formação obrigatórios: *Introdução à Medicina Geral e Familiar*, *Revisão Baseada na Evidência* e *Comunicação na Consulta em Cuidados de Saúde Primários*.

### **3.2. Participantes**

A população do estudo é representada pelos 769 internos do primeiro ano de formação específica em MGF que ingressaram na especialidade entre 2012 e 2015 e frequentaram o curso *Comunicação em Consulta de Cuidados de Saúde Primários*. A amostra consistiu nos 635 (taxa de resposta = 82,2%) formandos correspondentes aos participantes para os quais foi obtida a informação completa. Durante este período foram realizadas 30 edições com uma média de 25 participantes por sessão.

### **3.3. Procedimento de recolha de informação**

Em cada sessão, antes do início dos trabalhos, a formadora responsável apresentou o estudo aos internos, expondo os seus objetivos e clarificando os instrumentos de avaliação. Posteriormente, foi solicitada a sua participação voluntária e obtido o consentimento verbal dos participantes.

De forma a garantir o anonimato e a confidencialidade dos dados, os participantes utilizaram um código alfanumérico para identificar as suas respostas e permitir o cruzamento de informação entre a colheita no momento inicial (T0) e final (T1). Os questionários foram preenchidos em versões impressas em papel, no momento da entrega dos mesmos.

### 3.4. Instrumentos

O estudo utilizou 3 instrumentos:

- **Questionário sociodemográfico e de percurso académico e formativo prévio**, que solicitava informação demográfica (sexo, idade), sobre o ano de conclusão de licenciatura/mestrado integrado, o motivo de escolha da especialidade de MGF (primeira opção/por questões pessoais/a melhor opção restante), a frequência de outra especialidade previamente (em caso afirmativo, qual o motivo da mudança para MGF) e a formação específica prévia em comunicação na consulta (pré-graduada/pós-graduada/ambos);
- **Escala de avaliação de autoconfiança quanto às competências de comunicação clínica**. Esta escala foi obtida junto do serviço de Psicologia Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e utilizada com autorização do mesmo<sup>27</sup>. Trata-se de uma versão adaptada do questionário desenvolvido por Smith et al. *“Self-confidence in Using Psychosocial Skills Questionnaire”*, centrada no domínio *autoeficácia*, constituída por 17 itens, de classificação do tipo *Lickert*, pontuados entre 1 (= nenhuma confiança) e 7 (= toda a confiança)<sup>26</sup>;
- **Escala de empatia para médicos** – *“Jefferson Scale of Physician Empathy”* versão portuguesa (JSPE-VP): escala validada, de auto relato, resposta tipo *Lickert* (20 itens) com 7 posições, variando entre 1 (= discordo fortemente) e 2 (= concordo fortemente), cuja estrutura apresenta 3 fatores (Fator I – “Tomada de perspetiva”, Fator II – “Compaixão”, Fator III – “Capacidade de se colocar no lugar do paciente”)<sup>30</sup>.

No primeiro dia de formação de cada edição do curso (T0) foi entregue a cada interno um exemplar de cada um dos três questionários. O questionário de avaliação de autoconfiança foi novamente distribuído em papel no último dia, após encerramento dos trabalhos (T1).

### 3.5. Estrutura e qualidade psicométrica dos instrumentos

Este estudo testou a estrutura dos instrumentos utilizados no contexto da população em causa.

Não existindo registo bibliográfico conhecido relativo à estrutura do *Questionário de Avaliação do Grau de Autoconfiança* utilizado foi conduzida uma análise fatorial exploratória (AFE) com extração de fatores pelo método das componentes principais, seguida de uma rotação *Varimax* (com normalização *Keiser*). Foi ainda avaliada a consistência interna da escala.

Relativamente à JSPE-vP, procedeu-se à análise da sua fiabilidade no contexto do estudo atual.

### 3.6. Análise estatística

Para avaliar a multidimensionalidade do questionário de autoconfiança foram inicialmente calculadas estatísticas descritivas (média, desvio padrão, assimetria, curtose) para os itens individuais e pontuações totais. Em seguida, recorreu-se à análise fatorial exploratória e à análise de componentes principais. Esta avaliação incluiu apenas os sujeitos que preencheram os instrumentos de forma completa, tendo sido excluídos da análise, à partida, todos os sujeitos com respostas omissas.

Adicionalmente, foi calculada a consistência interna (*alfa de Cronbach*) dos fatores de ambas as escalas. Foi considerado como critério de afirmação de consistência interna um valor de  $\alpha$  superior a 0,7 (Nunnally, 1978, cit. Maroco, 2006)<sup>31</sup>.

As análises foram conduzidas no programa *Statistic Package for Social Sciences* (SPSS), versão 20.0 para Windows.

## 4. Resultados

### 4.1. Participantes

A amostra incluiu 478 mulheres (75.3%) e 157 homens (24.7%), com idades compreendidas entre os 22 e 61 anos de idade ( $M = 27.57$ ,  $DP = 4.42$ ). A distribuição por sexo e por idade da amostra era representativa da população (sexo:  $\chi^2(1) = 0.21$ ,  $p = .648$ ; idade:  $\chi^2(1) = 2.00$ ,  $p = .157$ ).

Quanto ao ano de conclusão do curso de medicina, 95.4% ( $N = 584$ ) dos internos concluiu o Mestrado Integrado em Medicina (licenciatura *Pós-Bolonha*). Para 71.2% ( $N = 441$ ) dos participantes a escolha da especialidade de Medicina Geral e Familiar foi a sua *primeira opção* e a primeira especialidade frequentada para 92.7% ( $N = 582$ ). Uma percentagem de 52.4% ( $N = 330$ ) dos internos referiu ter realizado formação prévia em comunicação clínica, a maioria (95.7%,  $N = 310$ ) ao nível pré-graduado (Tabela 1).

TABELA 1 – Estatística descritiva das variáveis relativas ao percurso académico e formativo prévio dos participantes.

		N	%
<b>Ano licenciatura/mestrado integrado</b>	≥ 2008	584	95.4
	< 2008	28	4.6
	<i>Missing value</i>	23	
<b>A escolha da especialidade de Medicina Geral e Familiar foi:</b>	Primeira opção	441	71.2
	Motivos pessoais	75	12.1
	Melhor opção restante	103	16.6
	<i>Missing value</i>	16	
<b>Antes de ser interna(o) de MGF foi interna (o) de outra especialidade?</b>	Não	582	92.7
	Sim	46	7.3
	<i>Missing value</i>	7	
<b>Formação específica prévia em comunicação na consulta</b>	Não	300	47.6
	Sim	330	52.4
	<i>Missing value</i>	5	
	Pré-graduada	310	95.7
	Pós-graduada	7	2.2
	Ambos	7	2.2
	<i>Missing value</i>	6	

## 4.2. Estrutura e qualidade psicométrica dos instrumentos

### A. Questionário de Avaliação do Grau de Autoconfiança

No seguimento do que foi previamente descrito, analisou-se a multidimensionalidade e consistência interna do *Questionário de Avaliação do Grau de Autoconfiança*, aplicado no primeiro dia do curso.

De acordo com a regra do *eigenvalue* superior a 1, a estrutura relacional dos itens que compõem o questionário foi explicada por 3 fatores latentes. A tabela 2 resume os valores dos pesos fatoriais de cada item, para cada um dos fatores, os seus *eigenvalues* e a percentagem de variância explicada por cada um.

TABELA 2 – Análise fatorial exploratória: pesos fatoriais de cada item, valor próprio dos 3 fatores retidos, *eigenvalues* e % variância explicada, após uma AFE com extração de fatores pelo método das componentes principais, seguida de uma rotação *Varimax*, com normalização *Kaiser*. Análise da fiabilidade do *Questionário de Avaliação do Grau de Autoconfiança* aplicado no momento inicial – T0; valor total e por dimensão fatorial.

Item		Fator			
		1	2	3	Total
ac_pre16	Estabelecer uma boa relação com crianças e/ou adolescentes	.765			
ac_pre17	Estabelecer uma boa relação com idosos	.714			
ac_pre15	Estabelecer uma relação adequada com a família	.711			
ac_pre11	Motivar um doente para alterar estilos de vida	.601			
ac_pre7	Construir uma boa relação clínica com o doente	.595	.359		
ac_pre14	Lidar com um doente ansioso ou depressivo	.584		.312	
ac_pre4	Conseguir manter o curso da entrevista	.578		.380	
ac_pre12	Dar más notícias de uma forma adequada	.523		.445	
ac_pre13	Conseguir comunicar com um doente impossibilitado de falar	.520		.370	
ac_pre5	Fornecer uma estrutura adequada à consulta	.492		.406	
ac_pre9	Identificar sentimentos não expressos pelo doente		.813		
ac_pre6	Identificar a comunicação não-verbal do doente		.750		
ac_pre10	Reconhecer os seus próprios sentimentos em relação ao doente		.690		
ac_pre8	Lidar assertivamente com emoções	.460	.546		
ac_pre1	Evitar interromper o doente			.761	
ac_pre2	Evitar que o doente sinta que está a ser apressado			.727	
ac_pre3	Conseguir passar da “agenda” do doente para a sua própria “agenda” no momento certo	.382		.553	
<b>Valor Próprio</b>		6.932	1.310	1.060	
<b>% de variância explicada</b>		40.8%	7.7%	6.2%	
<b><math>\alpha</math> de Cronbach</b>		0.88	0.79	0.65	0.92

A análise fatorial com restrição a 3 fatores mostrou que estes explicam, no seu conjunto, 54.72% da variância total dos resultados, dos quais 48.2% devem-se, especificamente, aos **Fatores 1 e 2**. Assumiram-se todos os fatores com *valor próprio* igual ou superior à unidade e com um coeficiente de saturação igual ou superior a 0.35.

A solução fatorial final foi interpretada com base no conteúdo dos itens descritos, tendo sido designadas as 3 dimensões como: **Fator 1** – “Construção de uma relação clínica; lidar com

situações específicas”; **Fator 2** – “Emoções: reconhecimento e resposta” e **Fator 3** – “Entrevista clínica – centrada no doente”.

Na Tabela 2 podem ainda ser consultados os valores de consistência interna, obtidos através do cálculo do coeficiente *alpha de Cronbach*. Observou-se um nível total *excelente* de consistência interna para o questionário utilizado (0.92) e *bom* para os Fatores 1 e 2 ( $0.79 < \alpha \text{ Cronbach} < 0.88$ ). O terceiro fator apresentou um resultado *razoável* (0.65) tendo em conta o valor de 0.70 mais comumente utilizado como critério de afirmação de consistência interna (Nunnally, 1978).

### **B. Escala de Empatia para Médicos**

Foi também testada a fiabilidade da escala JSEP-vP, no contexto deste estudo, tendo em consideração a estrutura trifatorial previamente reportada à população portuguesa<sup>30</sup>.

Os valores obtidos revelaram um nível *aceitável* de consistência interna para a escala aplicada ( $\alpha \text{ de Cronbach} = 0.75$ ). Quando analisados por dimensão, os valores variaram entre:  $\alpha = .58$  para a “Compaixão”,  $\alpha = .68$  para a “Capacidade de se colocar no lugar do paciente” e  $\alpha = .73$  para “Tomada de perspetiva”.

## **4.3. Autoconfiança e empatia**

### **A. Questionário de Avaliação do Grau de Autoconfiança**

No início da formação registou-se uma pontuação total média para este questionário de 13.80 pontos ( $DP = 2.14$ ), para uma pontuação máxima possível de 119 pontos (Tabela 3).

Os resultados por item variaram entre um mínimo de 3.39 pontos ( $DP = 1.31$ ) no item 13 “Conseguir comunicar com um doente impossibilitado de falar” e um máximo de 5.53 pontos ( $DP = 0.92$ ) no item 17 “Em estabelecer uma boa relação com idosos?”.

Quando analisada a população em **T0**, não se verificaram diferenças significativas quanto ao desempenho de resposta ao questionário entre os participantes do sexo feminino e masculino ( $t(629) = 1.73, p = .085, IC\ 95\% [-0.05; 0.73]$ ), assim como quanto à escolha de MGF enquanto



primeira opção vs outras opções ( $t(616) = -1.68, p = .093$ , IC 95% [-0.69; 0.53]), ou quanto à realização de formação prévia em comunicação na consulta ( $t(626) = 0.63, p = .531$ , IC 95% [-0.23; 0.44]).

Curiosamente, os formandos que concluíram a sua licenciatura no ano letivo 2007/2008 ou posteriormente (*Pós-Bolonha*) apresentaram uma pontuação total média, quanto ao grau de autoconfiança, significativamente inferior ( $M = 13.72, DP = 2.09$ ) quando comparados com o grupo que concluiu o curso no período anterior ( $M = 15.25, DP = 2.66$ ;  $t(609) = 3.73, p < .001$ ,  $d = 0.580$ , IC 95% [0.73; 2.34]).

Quando analisados de forma comparativa os dois momentos de avaliação (Tabela 3), através de testes *t-Student*, é evidente a evolução positiva quanto à pontuação total média do grau de autoconfiança relatado pelos internos (média do diferencial T1-T0 de 2.63), comprovando-se o seu significado estatístico:  $t(535) = -30.48, p < .001$ ;  $d = -1.320$ , IC 95% [-2.80; -2.46]. Esta melhoria significativa dos resultados mantém-se quando analisado por fator: **Fator 1** ( $t(535) = -24.36, p < .001, d = -1.034$ , IC 95% [-0.81; -0.69]); **Fator 2** ( $t(535) = -22.59, p < .001, d = -0.996$ , IC 95% [-0.90; -0.76]) e **Fator 3** ( $t(535) = -26.17, p < .001, d = -1.132$ , IC 95% [-1.13; -0.97]). O fator com pontuação média mais elevada no início da formação foi o **Fator 2** – “Emoções: reconhecimento e resposta” ( $M = 4.67, DP = .96$ ), no entanto a média do diferencial T1-T0 foi significativamente superior para o **Fator 3** – “Entrevista clínica – centrada no doente” ( $\bar{X} M1-M0 = 1.07$ ).

TABELA 3 – Estatísticas descritivas do *Questionário de Avaliação do Grau de Autoconfiança*: pontuação total e por fator, em T0 e T1.  $\bar{X}$  – média do diferencial T1-T0; N – número de respondedores; M – média; DP – desvio padrão.

	FATORES							
	Total		Fator 1		Fator 2		Fator 3	
	T0	T1 ( $\bar{X}$ T1-T0)	T0	T1 ( $\bar{X}$ T1-T0)	T0	T1 ( $\bar{X}$ T1-T0)	T0	T1 ( $\bar{X}$ T1-T0)
<b>N</b>	633	538	633	538	633	538	633	538
<b>M</b>	13.86	16.49 (+2.63)	4.64	5.4 (+0.76)	4.67	5.52 (+0.85)	4.50	5.57 (+1.07)
<b>DP</b>	2.14	1.98	0.76	0.69	0.93	0.76	0.88	0.79
<b>Mín-max</b>	7.23 - 20.05	8.20 - 20.65	2.2 - 7.0	2.7 - 6.9	1.75 - 7.0	2.5 - 7.0	1.33 - 7.0	2.7 - 7.0
<b>Assimetria</b>	0.12	-0.48	0.16	-0.41	-0.17	-0.49	-0.02	-0.62
<b>Curtose</b>	0.049	0.23	0.29	-0.11	-0.18	0.25	0.06	0.39

No entanto, não se constataram diferenças significativas quando analisadas as restantes variáveis no que diz respeito ao diferencial de resposta ( $\bar{X}$  T1-T0): por sexo ( $t(532) = 1.24$ ,  $p = .214$ , IC 95% [-0.15; 0.65]), quanto à realização de formação prévia em comunicação na consulta ( $t(529) = -.90$ ,  $p = .367$ , IC 95% [-0.50; -0.18]), quanto à escolha da especialidade de MGF enquanto primeira opção *versus* outras opções ( $t(522) = 1.62$ ,  $p = .106$ , IC 95% [-0.07; -0.69]), ao semestre em que decorreu a sessão ( $t(534) = -1.19$ ,  $p = .235$ , IC 95% [-0.55; -0.14]) ou quanto ao ano de conclusão licenciatura/mestrado integrado ( $t(516) = -0.77$ ,  $p = .439$ , IC 95% [-1.10; -0.48]).

## B. Escala de Empatia para Médicos

As estatísticas descritas relativas à *Escala de Empatia para Médicos* – JSPE-vP, aplicada no início da formação, são apresentadas na Tabela 4. Os valores absolutos de assimetria e curtose encontram-se dentro dos limites (3 e 8-10, respetivamente) propostos por Kline (1998).

A média global das respostas foi de 117.63 pontos ( $DP = 9.26$ ), de um máximo possível de 140 pontos. A pontuação por item variou entre um mínimo de 4.24 pontos ( $DP = 1.44$ ) no item 18 “Não me deixo influenciar por ligações fortes de natureza pessoal entre os pacientes e os seus

*familiares*” e um máximo de 6.66 pontos ( $DP = 0.830$ ) para o item 19 “*Não aprecio arte nem literatura que não seja médica*”, ambos itens invertidos (*reverse scored items*).

O fator com pontuação média mais elevada foi o **Fator I** – “*Tomada de perspectiva*”, com um total de 58.42 pontos ( $DP = 5.92$ ).

TABELA 4 – Estatísticas descritivas da JSPE-vP: pontuação total e por dimensão. N – número de respondedores; M – média; DP – desvio padrão.

	<b>JSPE-vP Total</b>	<b>Tomada de Perspetiva</b>	<b>Compaixão</b>	<b>Capacidade de se colocar no lugar do paciente</b>
<b>N</b>	619	622	624	625
<b>M</b>	117.63	58.42	49.38	9.87
<b>DP</b>	9.26	5.92	4.35	2.30
<b>Mín-max</b>	83-138	35-70	28-56	3-14
<b>Assimetria</b>	-0.558	-0.610	-1.199	-0.321
<b>Curtose</b>	0.581	0.470	2.41	-0.657

Quanto à comparação por género, as formandas do sexo feminino apresentaram scores totais de empatia ( $M = 118.53$ ,  $DP = 8.56$ ) significativamente superiores aos observados no sexo masculino ( $M = 114.75$ ,  $DP = 10.84$ ,  $t(212) = -3.91$ ,  $p < .001$ ,  $d = -.394$ , IC 95% [-5.68; -1.87]). O mesmo se verifica para as dimensões *Compaixão* (sexo feminino:  $M = 49.98$ ,  $DP = 3.81$ , sexo masculino:  $M = 47.42$ ,  $DP = 5.36$ ,  $t(200) = -5.44$ ,  $p < .001$ ,  $d = -1.021$ , IC 95% [-3.48; -1.63]) e *Capacidade de se colocar no lugar do paciente* (sexo feminino:  $M = 9.97$ ,  $DP = 2.30$ ; sexo masculino:  $M = 9.54$ ,  $DP = 2.29$ ,  $t(622) = -2.01$ ,  $p = .045$ ,  $d = -.943$ , IC 95% [-0.85; -0.01]). Internas e internos apresentam scores médios semelhantes na dimensão *Tomada de perspetiva* ( $t(622) = -1.43$ ,  $p = .15$ , IC 95% [-1.89; 0.30]).

Não se verificou efeito da escolha da especialidade de MGF enquanto primeira opção *vs outras opções* na pontuação total de empatia ( $t(609) = 1.80$ ,  $p = .073$ , IC 95% [-1.34; 3.04]); o mesmo se constatou quanto ao efeito das variáveis “realização de formação específica prévia em comunicação na consulta” ( $U = 4802.0$ ,  $W = 91096.0$ ,  $p = .99$ ), e o “semestre em que decorreu a sessão formativa” ( $U = 44476.0$ ,  $W = 1244276.0$ ,  $p = .71$ ).

### C. Associação entre autoconfiança e empatia

De seguida, procurou-se quantificar a intensidade e a direção da associação entre as variáveis *Questionário de Avaliação do Grau de Autoconfiança* e *JSPE-vP* aplicados no estudo, no primeiro dia de formação (T0), analisando a *correlação de Pearson*.

TABELA 5 – *Correlação de Pearson* entre as variáveis JSPE-vP (pontuação total e por dimensão) e *Grau de Autoconfiança* (pontuação total e por fator) em T0. ( <sup>a</sup>N = 625; \*\* *p* = .000)

		JSPE-vP			
		<i>Tomada de Perspetiva</i> <sup>a</sup>	<i>Compaixão</i> <sup>a</sup>	<i>Capacidade de se colocar no lugar do paciente</i> <sup>a</sup>	Total <sup>a</sup>
Grau de Autoconfiança	<i>Fator 1</i>	.237**	-.008	.224**	.203**
	<i>Fator 2</i>	.302**	.076	.285**	.299**
	<i>Fator 3</i>	.187**	.000	.142**	.154**
	Total	.290**	.030	.260**	.263**

Observaram-se correlações positivas embora de fraca intensidade ( $-0,5 < r < 0,5$ ) entre os **Fatores 1, 2 e 3** e a pontuação global de *empatia*, bem como com as dimensões “*Tomada de perspetiva*” e “*Capacidade de se colocar no lugar do paciente*”. Salienta-se a correlação entre o **Fator 2** – “*Emoções: reconhecimento e resposta*” e a dimensão “*Tomada de perspetiva*” da JSPE-vP ( $R^2 = .09$ ) pelo seu valor mais elevado.

## 5. Discussão

Partindo do pressuposto que a percepção de um indivíduo sobre a sua autoeficácia em comunicar no contexto clínico influencia o seu processo de aprendizagem e desempenho na comunicação (Bandura et al), o presente estudo aferiu o impacto de um programa formativo obrigatório em comunicação clínica sobre a autoeficácia de internos de MGF da região norte. Os resultados sugerem que a frequência do curso esteve associada a ganhos significativos em autoconfiança em competências de comunicação, designadamente nas dimensões *“Construção de uma relação clínica; lidar com situações específicas”*, *“Emoções: reconhecimento e resposta”* e *“Entrevista clínica – centrada no doente”*. A demonstração desses ganhos é particularmente importante, pois os participantes eram internos no seu primeiro ano de formação específica, um momento crucial no desenvolvimento de competências clínicas e pessoais. Este estudo de caso revelou ainda a existência de uma associação positiva entre a atitude perante a empatia, avaliada pela escala JSPE-vP, e o grau de autoconfiança no início do curso. Porém, tratava-se de uma associação de fraca intensidade, sugerindo que outros fatores para além da atitude face à empatia terão maior relevância para explicar o grau de autoconfiança no início do curso. Assim, salienta-se que a formação em comunicação clínica aumenta o grau de autoconfiança em CC em internos de MGF, com efeito potencialmente positivo sobre desempenho do interno quanto à construção de uma relação empática com o utente – base das competências nucleares de um médico de família.

Procurou-se clarificar a validade e fiabilidade das medidas de autoconfiança e de atitude perante a empatia através da análise estrutural de ambas as escalas de autorrelato. A análise fatorial do *Questionário de Avaliação do Grau de Autoconfiança* revelou a existência de 3 fatores, os quais, no seu conjunto, explicaram aproximadamente 55 % da variância total da variável dependente. Apesar de na escala original os 17 itens surgirem sob um único domínio – *autoeficácia* a estrutura trifatorial obtida não surpreende, tendo em conta o conteúdo, a distribuição e a ordenação dos itens que compõem este instrumento<sup>26</sup>.

A clarificação das dimensões descritas para esta escala sugeriu um impacto diferencial do curso nas três vertentes, sendo particularmente positivo quanto ao Fator 3. Desta forma, a análise psicométrica efetuada permitiu maior especificidade da avaliação da AC quanto aos

objetivos específicos do curso. Para o efeito também contribuiu a elevada a consistência interna do questionário total e dos Fatores 1 e 2. Não obstante, a avaliação do questionário revelou alguns pontos que podem ser objeto de melhoria, como por exemplo, a saturação das alíneas ac\_pre12 “*Dar más notícias de uma forma adequada*”, ac\_pre15 “*Fornecer uma estrutura adequada à consulta*” ou ac\_pre8 “*Lidar assertivamente com emoções*” em dois fatores em simultâneo.

Os resultados da avaliação inicial do grau de **autoconfiança** em CC revelaram valores significativamente superiores nos internos que concluíram a licenciatura médica *Pré-Bolonha* comparativamente com os pares de cursos posteriores. Perante estes valores seria interessante documentar a experiência clínica profissional e vivências pessoais prévias, dos internos com maior número de anos entre a licenciatura e o ingresso na especialidade, que possam estar na origem da perceção de maior AC em competências comunicacionais. Ou seja, pode colocar-se a hipótese de um possível efeito da idade (enquanto tempo de experiência clínica e/ou de vida) sobre a autoconfiança relatada quanto a determinadas CC. No estudo de Ammentorp (2007) a idade foi considerada como um provável fator confundidor do efeito do curso de comunicação sobre a autoeficácia percecionada pelos formandos, verificando que os clínicos com idade superior a 40 anos apresentavam valores superiores de AC<sup>23</sup>. No entanto, fica por esclarecer se esta diferença inicial entre os formandos traduzirá uma prestação clínica futura distinta entre eles, quanto à qualidade de comunicação em consulta, enquanto médicos de família.

No final do curso, houve ganhos significativos no grau de **autoconfiança** em CC, sendo o efeito de elevada magnitude e transversal a todas as variáveis, as quais se comportaram de forma semelhante entre si. A mesma tendência de evolução foi observada em todas as dimensões do questionário, destacando-se o **Fator 3** – “*Entrevista clínica: estrutura centrada no doente*” com uma média do diferencial superior. Apesar da menor consistência interna deste fator, a tendência observada seria a desejável tendo em conta os objetivos específicos da formação realizada: apresentação, exploração e treino de um modelo de estrutura de entrevista clínica com enfoque na abordagem centrada no doente.

Todavia, o facto de os participantes terem sido inicialmente informados sobre os objetivos e metodologia do estudo, pode ter contribuído para um aumento da pontuação quanto ao grau

de AC autorelatada após o curso, traduzindo um viés de resposta: um desejo de mostrar que o curso foi eficaz, uma projeção social do seu próprio sucesso perante os pares, também já descrito por Ammentorp (2007) e Boissy (2016)<sup>12,23</sup>. Os autores do estudo atribuem baixa probabilidade a este fenómeno uma vez que se observou um desempenho progressivamente melhor (de forma mais assertiva e segura quanto à aplicação de CC) dos internos durante os exercícios de *roleplay* ao longo dos dias, com notório esforço por otimizar a sua prestação clínica e relatos de maior confiança.

Quanto à avaliação inicial da atitude dos internos face à **empatia**, a pontuação média obtida aproximou-se dos valores encontrados em estudos nacionais realizados com alunos de medicina na fase *pós-clínica* da sua formação médica, sendo superior aos valores totais de empatia descritos para médicos de família<sup>32,33</sup>. As maiores pontuações totais da escala no sexo feminino foram consonantes com a bibliografia existente<sup>32,34</sup>.

Este estudo revelou uma associação positiva entre os três fatores do *Questionário de Avaliação do Grau de Autoconfiança*, no momento de avaliação inicial, e as dimensões da escala de empatia *JSPE-vP*, com a exceção da “Compaixão”. Esta correlação foi mais forte entre o **Fator 2 “Emoções: reconhecimento e resposta”** e a dimensão “**Tomada de perspetiva**”, o que seria expetável, na medida em que os respetivos itens apresentavam conteúdos alinhados pela mesma temática: por exemplo, as alíneas *ac\_6*, *ac\_9*, *jspe\_4* e *jspe\_13* (ver escalas em anexos), quanto à identificação e compreensão da linguagem não-verbal. Assim, uma maior predisposição para uma atitude empática, nomeadamente quanto ao enfoque do clínico perante a perspetiva do doente sobre a sua situação e expressão máxima da mesma (verbal e corporalmente), parece estar associada a uma maior autoeficácia por ele percebida quanto a esta competência comunicacional específica.

Por sua vez, a dimensão “**Compaixão**” é representada por itens que remetem para um processo cognitivo mais complexo, amplo e circunstanciado (por exemplo: “*As enfermidades dos doentes podem ser curadas apenas por tratamento médico ou cirúrgico; consequentemente, os laços afetivos que tenha com os meus pacientes não podem ter uma influência significativa nos resultados médicos ou cirúrgicos*”: *jspe\_11*), quando comparado com afirmações assentes em ações como “*identificar*”, “*reconhecer*”, “*estabelecer*” ou

“conseguir”, apresentadas no *Questionário de Avaliação do Grau de Autoconfiança*. Tal aspeto poderá contribuir para a ausência de associação verificada.

Nesta amostra observou-se adicionalmente, como aspeto positivo, a elevada percentagem de participantes com formação prévia em CC durante o período pré-graduado, sugerindo que o tema tem merecido maior atenção nos planos de estudo dos respetivos cursos, à semelhança do padrão observado internacionalmente<sup>16,17</sup>. Não foram, contudo, exploradas informações quanto à duração, características e fase do percurso pré-graduado em que esta formação decorreu.

Este estudo traz, assim, importantes implicações. Acima de tudo, sugere que o investimento no treino de comunicação clínica em MGF é eficaz e benéfico quanto aos ganhos em AC em CC. Neste seguimento, o estudo de Patterson (2013) propôs acrescentar o constructo *autoeficácia* ao processo de avaliação dos médicos de família, enquanto fator com influência sobre as reações emocionais, dedicação e bem-estar do interno, o qual, sendo mais confiante poderá ser capaz de desempenhar um papel mais proactivo e abrangente perante o utente, a sua saúde e contexto<sup>35</sup>. Kelley (2014) defendeu ainda que qualquer intervenção desenhada para melhorar a comunicação, desde que eficazmente aplicada, aumenta com grande probabilidade a qualidade da relação interpessoal médico-doente<sup>4</sup>.

De forma a clarificar os ganhos em AC e a confirmar esta prestação em contexto real, poderia ser vantajoso, por um lado, complementar a auto classificação do interno com uma aferição externa sobre a segurança e confiança transmitidas aquando da sua atuação prática, nomeadamente por parte do utente. Por outro lado, seria importante incluir no plano formativo global um acompanhamento e avaliação da prestação das CC em consulta (contexto clínico), recorrendo, por exemplo, a autoscopias supervisionadas pelo respetivo orientador, em diferentes momentos ao longo do internato; realizar cursos adicionais, em comunicação clínica, nomeadamente durante o 3º ou 4º ano do internato, ajustados a uma fase de maior autonomia na gestão da prática clínica diária para o interno de formação específica – sugestão frequentemente apresentada pelos formandos quanto ao desenvolvimento de AC; ou mesmo suplementar a avaliação da prestação do formando com a opinião do utente, avaliando designadamente a sua satisfação. Esta proposta implica um envolvimento ativo e garantia de formação contínua em *comunicação clínica* dos próprios formadores e orientadores de



formação, peça-chave para uma intervenção individualizada, contextualizada e integrada, junto do interno de MGF, quanto à aquisição e desenvolvimento de autoconfiança em CC.

Seria também relevante identificar os elementos concretos da formação que possam estar na base do efeito encontrado. A duração do curso de 1 a 3 dias, de acordo com o intervalo recomendado, constituído por uma componente prática relevante e as técnicas aplicadas, nomeadamente o *roleplay* comentado e discutido no momento (*feedback* estruturado), vão de encontro às estratégias formativas descritas como efetivas para programas de treino de competências de comunicação dirigidas a médicos e alunos de medicina<sup>21</sup>. No entanto, não parece existir evidência suficiente que comprove a utilização de uma técnica em detrimento de outra, bem como quanto ao efeito sustentado do treino em CC a longo prazo, sendo a variabilidade inerente aos estudos efetuados sobre esta temática uma das principais razões descritas. Perante esta diversidade de metodologias de investigação sente-se necessidade de clarificar conceitos e modelos conceptuais de intervenção, precedendo a realização de mais estudos longitudinais e contextualizados<sup>7,36</sup>.

O curso *Comunicação em Consulta de Cuidados de Saúde Primários* inicia-se, ainda, pela auscultação dos participantes sobre as suas expectativas e necessidades no âmbito da comunicação clínica; procura explorar diferentes contextos possíveis em consulta de MGF (simulação de casos e *discussão orientada*), contrariando a ideia de um esquema de comunicação padronizado aplicável a qualquer situação, bem como respeitar o processo de aprendizagem e dinâmica do grupo, ajustando o tempo disponível para a componente prática (número e duração dos treinos de *roleplay* variável entre grupos) e adaptando os conteúdos programáticos do último período de formação às necessidades expressas pelos internos. Estas estratégias de personalização do curso vão de encontro aos princípios da andragogia – Knowles (1984).

Este estudo apresenta, contudo, limitações, cuja análise poderá contribuir para a visão crítica e construtiva a que ele se propõe. Apesar de as escalas de autorrelato serem consideradas válidas enquanto medida de efeito de cursos de comunicação, são potencialmente condicionadas por enviesamentos, por exemplo, decorrentes de desejabilidade social<sup>22,23</sup>. A própria natureza da escala pode ampliar o viés de informação. Com efeito, a JSPE avalia a vertente cognitiva da atitude face à empatia e não a empatia nas suas múltiplas dimensões,

nomeadamente a componente afetiva assim como, a disposição para concretizar um comportamento empático. Por outro lado, a avaliação do grau de AC traduz uma perceção do formando sobre a sua prestação, a comprovar com a observação da sua prática clínica. Não obstante, estando a AC na base de uma maior disponibilidade para aplicar CC, é expectável que estes ganhos possam encontrar alguma tradução na atividade clínica dos formandos.

## 6. Conclusão

Este curso em particular, e as suas circunstâncias, conduziu a um impacto positivo sobre três dimensões subjacentes à autoconfiança, pelo que é expectável uma maior atenção quanto à aplicação e melhoria de CC, em particular aquando da realização da entrevista clínica – instrumento chave de atuação de um médico de família, durante o qual se constrói, de forma longitudinal e continuada, uma relação que se prevê empática, satisfatória e terapêutica.

A *autoconfiança* e a *empatia* contribuem ambas para o desenvolvimento de CC e a sua relação parece ser positiva, contudo, o estudo sugere a influência de outros intervenientes quanto ao grau de autoeficácia relatada pelos internos de MGF, antes do evento formativo.

Seria ainda desejável complementar esta investigação com informação recolhida em *ambiente real*, clínico, para testar o impacto de maior AC sobre a relação médico-utente estabelecida.

Por fim, pode afirmar-se que a formação em comunicação clínica, estruturada, contextualizada, personalizada, incluindo a dimensão *autoeficácia* no processo de avaliação e monitorização, propiciando um envolvimento ativo dos diferentes participantes (formandos, formadores, orientadores de formação e, inclusivamente, o utente), de forma contínua e sustentada ao longo do percurso de um médico de família, poderá ser um elemento fundamental de garantia de qualidade na prestação de cuidados centrados na pessoa.

## 7. Anexos

### Anexo I: Questionário sociodemográfico e de percurso académico e formativo prévio

#### CURSO DE COMUNICAÇÃO EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

O presente questionário destina-se a ser preenchido por internos de Medicina Geral e Familiar a frequentar o 1º ano de formação específica e tem por objetivo avaliar a empatia e competências de comunicação.

Pedimos que, por favor, não escreva o seu nome em qualquer parte do questionário e, no local indicado, coloque o código de identificação composto por:

- 1ª letra do último nome + 2 primeiros dígitos da sua data de nascimento.

Código questionário: \_\_\_\_\_

1. Sexo F\_\_\_ M\_\_\_

2. Idade \_\_\_\_\_ anos

3. Ano de licenciatura/mestrado integrado \_\_\_\_\_

4. A escolha da especialidade de Medicina Geral e Familiar foi:

A primeira opção \_\_\_\_\_

Por questões pessoais \_\_\_\_\_

A melhor opção restante \_\_\_\_\_

5. Antes de ser interna(o) de MGF foi interna(o) de outra especialidade?

Sim \_\_\_\_\_

Não \_\_\_\_\_

5.1. Se sim, porque motivo mudou para MGF?

Era a minha primeira opção \_\_\_\_\_

Não gostava da especialidade anterior \_\_\_\_\_

A especialidade anterior não era compatível com a minha vida pessoal \_\_\_\_\_

6. Alguma vez, durante o seu percurso académico, teve formação específica em comunicação na consulta?

Sim \_\_\_\_\_

Não \_\_\_\_\_

6.1. Se sim, de que tipo?

Formação pré-graduada \_\_\_\_\_

Formação pós-graduada \_\_\_\_\_

Ambos \_\_\_\_\_

## Anexo II: Escala de empatia para médicos

**Questionário de empatia para médicos - Jefferson Scale of Physician Empathy©** (Jefferson Medical College, 2001)  
Versão Portuguesa, Escola de Ciências da Saúde, 2009

**Instruções:** Por favor, leia cada uma das afirmações com atenção antes de responder e assinale a opção escolhida para cada item com um, e apenas um algarismo apropriado de 1 a 7 no espaço sublinhado disponibilizado imediatamente antes da afirmação.

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7

**Discordo fortemente**

**Concordo Fortemente**

1.     \_\_\_     A minha compreensão dos sentimentos dos meus pacientes e das suas famílias é um fator irrelevante para o tratamento médico ou cirúrgico.
2.     \_\_\_     Os meus pacientes sentem-se melhor quando eu compreendo o que eles sentem.
3.     \_\_\_     É difícil para mim ver as coisas pela perspectiva dos meus pacientes.
4.     \_\_\_     Considero que, na relação médico-doente, compreender a linguagem corporal do paciente é tão importante quanto a comunicação verbal.
5.     \_\_\_     Tenho um bom sentido de humor que, penso, contribui para um melhor resultado clínico.
6.     \_\_\_     Pelo facto das pessoas serem diferentes, é difícil para mim ver as coisas na perspectiva dos meus pacientes.
7.     \_\_\_     Tento não prestar atenção às emoções dos meus pacientes nas entrevistas e na colheita de histórias clínicas.
8.     \_\_\_     A atenção que dedico às experiências pessoais dos meus pacientes não influencia os resultados de tratamentos.
9.     \_\_\_     Tento imaginar-me no lugar dos meus pacientes quando estou a cuidar deles.
10.    \_\_\_    A minha compreensão dos sentimentos dos meus pacientes dá-lhes, a eles, uma sensação de legitimação que é terapêutica em si mesma.
11.    \_\_\_    As enfermidades dos doentes podem ser curadas apenas por tratamento médico ou cirúrgico; consequentemente, os laços afetivos que tenha com os meus pacientes não podem ter uma influência significativa nos resultados médicos ou cirúrgicos.
12.    \_\_\_    Considero que questionar os pacientes relativamente ao que se passa na sua vida pessoal é um fator sem importância para a compreensão das suas queixas de ordem física.
13.    \_\_\_    Tento compreender o que se passa na mente dos meus pacientes, prestando atenção à sua comunicação não-verbal e linguagem corporal.
14.    \_\_\_    Creio que as emoções não têm lugar no tratamento da doença médica.
15.    \_\_\_    A empatia é uma competência terapêutica sem a qual o sucesso no tratamento é limitado.
16.    \_\_\_    Uma componente importante do relacionamento com os meus pacientes é a minha compreensão do seu estado emocional e o das suas famílias.
17.    \_\_\_    Tento pensar como os meus pacientes, para que lhes possa prestar melhores cuidados.
18.    \_\_\_    Não me deixo influenciar por ligações fortes de natureza pessoal entre os pacientes e os seus familiares.
19.    \_\_\_    Não aprecio arte nem literatura que não seja médica.
20.    \_\_\_    Acredito que a empatia é um fator terapêutico importante no tratamento médico.

## Anexo III: Escala de avaliação de autoconfiança quanto às competências de comunicação clínica

### CURSO DE COMUNICAÇÃO EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

O presente questionário destina-se a ser preenchido por internos de Medicina Geral e Familiar a frequentar o 1º ano de formação específica e tem por objectivo avaliar o grau de confiança em competências de comunicação.

Pedimos que, por favor, não escreva o seu nome em qualquer parte do questionário e, no local indicado, coloque o código de identificação composto por:

- 1ª letra do último nome + 2 primeiros dígitos da sua data de nascimento.

Código questionário: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### Qual é o seu grau de confiança em:

- |   |               |
|---|---------------|
| 1. Evitar interromper o doente?   | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 2. Evitar que o doente sinta que está a ser apressado?  | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 3. Conseguir passar da “agenda” do doente para a sua própria “agenda” no momento certo?                   | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 4. Conseguir manter o curso da entrevista?  | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 5. Fornecer uma estrutura adequada à consulta?  | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 6. Identificar a comunicação não-verbal do doente?  | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 7. Construir uma boa relação clínica com o doente?  | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 8. Lidar assertivamente com emoções?  | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 9. Identificar sentimentos não expressos pelo doente? (ex: “Parece ter sido uma coisa triste para o Sr.”) | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 10. Reconhecer os seus próprios sentimentos em relação ao doente? (Negativos ou positivos)                | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 11. Motivar um doente para alterar estilos de vida?   | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 12. Dar más notícias de uma forma adequada?   | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 13. Conseguir comunicar com um doente impossibilitado de falar?   | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 14. Lidar com um doente ansioso ou depressivo?  | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 15. Estabelecer uma relação adequada com a família?   | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 16. Estabelecer uma boa relação com crianças e/ou adolescentes?   | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 17. Em estabelecer uma boa relação com idosos?  | 1 2 3 4 5 6 7 |

## 8. Referências

1. Altin SV, Stock S. The impact of health literacy, patient-centered communication and shared decision-making on patients' satisfaction with care received in German primary care practices. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2016;16:450. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27577702><http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC5006571>
2. Paget, Lyn; Han, Paul; Nedzham Susan; Kurtz P. *Patient Clinician Communication: Basic Principles and Expectations*. 2011.
3. Wynia MK, Osborn CY. Health literacy and communication quality in health care organizations. *J Health Commun* [Internet]. 2010;15(Suppl 2):102–15. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10810730.2010.499981>
4. Kelley JM, Kraft-Todd G, Schapira L, Kossowsky J, Riess H. The influence of the patient-clinician relationship on healthcare outcomes: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One*. 2014;9(4).
5. Swenson, Sara, Buell, Stephanie, Zettler, Patti, White, Martha; Ruston DC. Patient-centered Communication Do Patients Really Prefer It. *J GEN INTERN MED*. 2004;(19):1069–1079.
6. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, et al. Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *Bmj* [Internet]. 2001;323(7318):908–11. Available from: <http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.323.7318.908>
7. Dwamena F, Holmes-Rovner M, Gaulden CM, Jorgenson S, Sadigh G, Sikorskii A, et al. Intervention for providers to promote a patient-centered approach in clinical consultations. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(12):CD003267.
8. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW JJ. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pr*. 2000;49(9):796–804.
9. White A a, Pichert JW, Bledsoe SH, Irwin C, Entman SS. Cause and effect analysis of



- closed claims in obstetrics and gynecology. *Obstet Gynecol.* 2005;105(5 Pt 1):1031–8.
10. Moore P, Vargas A, Núñez S, Macchiavello S. Un estudio de reclamos hospitalarios: El rol de la relación médico-paciente. *Rev Med Chil.* 2011;139(7):880–5.
  11. HB, Beckman, Markakis KM, Suchman AL FR. The doctor-patient relationship and malpractice. Lessons from plaintiff depositions. *Arch Intern Med.* 1994;27(154(12)):1365–70.
  12. Boissy A, Windover AK, Bokar D, Karafa M, Neuendorf K, Frankel RM, et al. Communication Skills Training for Physicians Improves Patient Satisfaction. *J Gen Intern Med.* 2016;31(7):755–61.
  13. Oliveira VC, Ferreira ML, Pinto RZ, Filho RF, Refshauge K, Ferreira PH. Effectiveness of Training Clinicians' Communication Skills on Patients' Clinical Outcomes: A Systematic Review. *J Manipulative Physiol Ther* [Internet]. 2015;38(8):601–16. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jmpt.2015.08.002>
  14. Mota Cardoso R. Competências Clínicas de Comunicação. Unidade de. Porto; 2013.
  15. Hummers-Pradier E et al. Research Agenda for General Practice / Family Medicine and Primary Health Care in Europe. Maastricht; 2009.
  16. Junod Perron N, Sommer J, Louis-Simonet M, Nendaz M. Teaching communication skills: beyond wishful thinking. *Swiss Med Wkly.* 2015;145(February):w14064.
  17. Van Den Eertwegh V, van Dulmen S, van Dalen J, Scherpbier AJJA, van der Vleuten CPM. Learning in context: Identifying gaps in research on the transfer of medical communication skills to the clinical workplace. *Patient Educ Couns.* 2013;90(2):184–92.
  18. Van Weel-Baumgarten E, Bolhuis S, Rosenbaum M, Silverman J. Bridging the gap: How is integrating communication skills with medical content throughout the curriculum valued by students? *Patient Educ Couns.* 2013;90(2):177–83.
  19. Rotthoff T, Baehring T, David DM, Bartnick C, Linde F, Willers R, et al. The value of training in communication skills for continuing medical education. *Patient Educ Couns.* 2011;84(2):170–5.

20. Rao JK, Anderson L a, Inui TS, Frankel RM. Communication interventions make a difference in conversations between physicians and patients: A systematic review of the evidence. *Med Care* [Internet]. 2007;45(4):340–9. Available from: <http://www.scopus.com/scopus/inward/record.url?eid=2-s2.0-34247562265&partnerID=40&rel=R8.0.0>
21. Berkhof M, van Rijssen HJ, Schellart AJM, Anema JR, van der Beek AJ. Effective training strategies for teaching communication skills to physicians: An overview of systematic reviews. *Patient Educ Couns*. 2011;84(2):152–62.
22. PARLE, MICHAEL, Maguire, PETER, Heaven C. THE DEVELOPMENT OF A TRAINING MODEL TO IMPROVE HEALTH PROFESSIONALS' SKILLS, SELF-EFFICACY AND OUTCOME EXPECTANCIES WHEN COMMUNICATING WITH CANCER PATIENTS. *Soc Sci Med*. 1997;44(2):231–40.
23. Ammentorp J, Sabroe S, Kofoed P-E, Mainz J. The effect of training in communication skills on medical doctors' and nurses' self-efficacy. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2007;66(3):270–7. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0738399107000067>
24. Salmon P, Young B. Creativity in clinical communication: From communication skills to skilled communication. *Med Educ*. 2011;45(3):217–26.
25. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. [Internet]. Vol. 84, *Psychological Review*. 1977. p. 191–215. Available from: <http://content.apa.org/journals/rev/84/2/191>
26. Smith RC, Mettler JA, Stöffelmayr BE, Lyles JS, Marshall AA, Van Egeren LF, et al. Improving residents' confidence in using psychosocial skills. *J Gen Intern Med*. 1995;10(6):315–20.
27. Carvalho IP, Pais VG, Almeida SS, Ribeiro-Silva R, Figueiredo-Braga M, Teles A, et al. Learning clinical communication skills: Outcomes of a program for professional practitioners. *Patient Educ Couns*. 2011;84(1):84–9.
28. Lord L, Clark-Carter D, Grove A. The effectiveness of communication-skills training

- interventions in end-of-life noncancer care in acute hospital-based services: A systematic review. *Palliat Support Care* [Internet]. 2016;14(4):433–44. Available from: [http://www.journals.cambridge.org/abstract\\_S1478951515001108](http://www.journals.cambridge.org/abstract_S1478951515001108)
29. Ferreira-Valente A, Costa P, Elorduy M, Virumbrales M, Costa MJ, Palés J. Psychometric properties of the Spanish version of the Jefferson Scale of Empathy: making sense of the total score through a second order confirmatory factor analysis. *BMC Med Educ* [Internet]. 2016;16(1):242. Available from: <http://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-016-0763-5>
  30. Aguiar P, Salgueira A, Frada T CM. Empatia Médica: Tradução, validação e aplicação de um instrumento de medição. 2009.
  31. Maroco J, Garcia-Marques T. Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório Psicol.* 2006;4(1):65–90.
  32. Magalhães E, Salgueira AP, Costa P, Costa MJ. Empathy in senior year and first year medical students: a cross-sectional study. *BMC Med Educ* [Internet]. 2011;11(1):52. Available from: <http://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6920-11-52>
  33. Lamothe M, Boujut E, Zenasni F, Sultan S. To be or not to be empathic: the combined role of empathic concern and perspective taking in understanding burnout in general practice. *BMC Fam Pract* [Internet]. 2014;15(1):15. Available from: <http://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-15-15>
  34. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Vergare M, Magee M. Physician empathy: Definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *Am J Psychiatry.* 2002;159(9):1563–9.
  35. Patterson F, Tavabie A, Denney M, Kerrin M, Ashworth V, Koczwara A, et al. A new competency model for general practice: Implications for selection, training, and careers. *Br J Gen Pract.* 2013;63(610):331–8.
  36. Moore PM, Rivera Mercado S, Grez Artigues M, Lawrie TA. Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer ( Review ).

Cochrane Database Syst Rev. 2013;(3).